

Universidad de Cuenca



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Representación Social del Psicólogo Clínico en la población adulta de Cuenca-Ecuador.

Trabajo de titulación
previo a la obtención
del Título de
Psicólogo/a Clínico/a.

Autores:

Luis Fernando Berrezueta Reyes

C.I:0105918981

Julexi Fernanda Vaca Romero

C.I:0704023902

Director:

Mst. Claudio Hernán López Calle

C.I: 0301436770

Cuenca - Ecuador

2018



RESUMEN

La psicología clínica ha tomado importancia en las últimas décadas y cada vez se conoce más sobre esta disciplina, sin embargo, la concepción que existe acerca del psicólogo clínico en la población general es todavía vaga. En Ecuador, particularmente en Cuenca, cantón de la provincia del Azuay, no existe información concreta acerca de la perspectiva que tiene la población con respecto a este profesional, por lo tanto, se ha visto la necesidad de explorar la representación social del psicólogo clínico, apegándose a un enfoque cualitativo, de alcance exploratorio con un diseño transversal.

La información fue recolectada a través de entrevistas de tipo semi-estructurada. Se optó por realizar un análisis temático, por lo que se registró la información mediante grabaciones de audio que posteriormente fueron transcritas; para el procesamiento de la misma se codificó y se agrupó los códigos para formar categorías.

El número de los participantes de este estudio fueron doce personas seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por cuotas; los que se sometieron a criterios de inclusión y exclusión. Se tomó cuatro participantes en cada etapa de la adultez; dos hombres y dos mujeres por período, cabe mencionar que el número de entrevistas estuvo sujeto al criterio de saturación de los datos.

Finalmente, los resultados estuvieron en función de tres categorías: la información, el campo de representación y la actitud, los mismos que indican que el psicólogo clínico es el encargado de tratar a personas en situaciones conflictivas, ayudándoles a solucionar sus problemas y su principal forma de intervención es a través de consejos. El psicólogo clínico se encuentra más valorizado que otros profesionales de la psicología; sin embargo, se lo ubica por debajo del psiquiatra. Por último, la población muestra una actitud favorable hacia esta profesión, aunque se ve al miedo como una emoción asociada al tratamiento.

Palabras Claves: representación social, información, campo de representación, actitudes y psicólogo clínico.

ABSTRACT

Clinical psychology has become important in recent decades and more and more is known about this discipline, however, the conception that exists about the clinical psychologist in the general population is still vague. In Ecuador, particularly in Cuenca, canton of the province of Azuay, there is no concrete information about the perspective that the population has with respect to this professional, therefore, it has been necessary to explore the social representation of the clinical psychologist, adhering to a qualitative approach, of exploratory scope with a transversal design.

The information was collected through semi-structured interviews. We chose to perform a thematic analysis, so the information was recorded through audio recordings that were subsequently transcribed; for the processing of the same code was coded and grouped to form categories.

The number of participants in this study was twelve people selected through a non-probabilistic sampling by quotas; those that were subjected to inclusion and exclusion criteria. It took four participants in each stage of adulthood; two men and two women per period, it should be mentioned that the number of interviews was subject to the criterion of saturation of the data.

Finally, the results were based on three categories: information, the field of representation and attitude, which indicate that the clinical psychologist is in charge of treating people in conflict situations, helping them to solve their problems and their main form of intervention is through advice. The clinical psychologist is more valued than other professionals in psychology; however, it is located below the psychiatrist. Finally, the population shows a favorable attitude towards this profession, although fear is seen as an emotion associated with the treatment.

Keywords: social representation, information, field of representation, attitudes and clinical psychologist.



ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 2 |
| ABSTRACT | 3 |
| CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL: ESTUDIANTE 1 | 6 |
| CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL: ESTUDIANTE 2 | 7 |
| CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL: ESTUDIANTE 1..... | 8 |
| CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL: ESTUDIANTE 2..... | 9 |
| FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA..... | 10 |
| PROCESO METODOLÓGICO..... | 18 |
| Enfoque de investigación..... | 18 |
| Tipo y diseño de investigación. | 18 |
| Categorías. | 18 |
| Participantes..... | 18 |
| Instrumento. | 19 |
| Procedimiento y análisis de datos..... | 19 |
| Aspectos éticos. | 19 |
| PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | 20 |
| Información:..... | 20 |
| La función del psicólogo clínico | 20 |
| Formas de intervención del psicólogo clínico. | 21 |
| Problemas que atienden los psicólogos clínicos..... | 22 |
| El desconocimiento generalizado en torno al psicólogo clínico..... | 22 |
| Las características del psicólogo clínico. | 23 |
| Campo de acción del psicólogo clínico. | 23 |
| Campo de representación..... | 24 |
| El psicólogo clínico y otras ramas de la psicología..... | 24 |
| El psicólogo clínico y el área médica. | 25 |
| El psicólogo clínico y quienes aconsejan. | 25 |
| El psicólogo clínico en la actualidad. | 26 |
| Actitudes | 27 |



| | |
|---|----|
| En función a la utilidad social del psicólogo clínico..... | 27 |
| En función a la aceptación personal del psicólogo clínico..... | 27 |
| Emoción relacionada con la asistencia a un psicólogo clínico..... | 28 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 29 |
| REFERENCIAS | 31 |
| ANEXOS..... | 33 |
| ANEXO 1 | 33 |
| Guía de la entrevista | 33 |
| ANEXO 2 | 34 |
| Consentimiento informado | 34 |



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL: ESTUDIANTE 1



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Luis Fernando Berrezueta Reyes, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Representación social del psicólogo clínico en la población adulta de Cuenca-Ecuador” de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 21 de febrero del 2018

Luis Fernando Berrezueta Reyes

0105918981

Luis Fernando Berrezueta Reyes
Julexi Fernanda Vaca Romero



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL: ESTUDIANTE 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Julexi Fernanda Vaca Romero, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Representación social del psicólogo clínico en la población adulta de Cuenca-Ecuador" de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 21 de febrero del 2018

Julexi Fernanda Vaca Romero

0704023902

Luis Fernando Berrezueta Reyes
Julexi Fernanda Vaca Romero



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL: ESTUDIANTE 1



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Cláusula de Propiedad Intelectual

Luis Fernando Berrezueta Reyes, autor del trabajo de titulación “Representación social del psicólogo clínico en la población adulta de Cuenca-Ecuador” certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 21 de febrero del 2018

Luis Fernando Berrezueta Reyes

0105918981

Luis Fernando Berrezueta Reyes
Julexi Fernanda Vaca Romero



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL: ESTUDIANTE 2



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Cláusula de Propiedad Intelectual

Julexi Fernanda Vaca Romero, autora del trabajo de titulación "Representación social del psicólogo clínico en la población adulta de Cuenca-Ecuador" certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 21 de febrero del 2018

Julexi Fernanda Vaca Romero

0704023902

Luis Fernando Berrezueta Reyes
Julexi Fernanda Vaca Romero

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En el afán de entender los fenómenos cognitivos y comportamentales, la psicología ha generado una serie de teorías, muchas de ellas han sido desechadas, mientras que otras se han instaurado firmemente en el cuerpo de esta ciencia, aunque también se ha encontrado constructos que se han tomado, modificado y que aún causan debate; uno de estos es la representación social.

Dicha teoría surge en “Francia en la década de los 60 y es planteada por Serge Moscovici, un psicólogo social nacido en Rumania, quien se preocupó por investigar sobre la representación social del psicoanálisis en 1961” (Instituto de Investigaciones Sociales, 2015, p. 1). La psicología social fue quien adoptó este concepto que en la actualidad se ha convertido en un referente teórico para la investigación educativa.

Materán cita a Moscovici quien refiere a la representación social como:

Sistemas cognitivos con una lógica y lenguaje propios (...) No representan simples opiniones, imágenes o actitudes en relación a algún objeto, sino teorías y áreas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad (...) Sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función; primero, establecer un orden que le permita a los individuos orientarse en un mundo material y social y dominarlo; y segundo permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad al proveerlos con un código para el intercambio social y para nombrar y clasificar sin ambigüedades aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal. (Materán, 2008, p. 244)

Para un mayor entendimiento de este constructo, es pertinente revisar los planteamientos teóricos que preceden la teoría de Serge Moscovici; según Mora (2002) está fundamentado en tres hitos: Wilhelm Wundt y su planteamiento de la psicología como ciencia experimental y como ciencia social; por otro lado, el interaccionismo simbólico de George Herber Mead y por último, el concepto de representación colectiva de Émile Durkheim. Después de varias décadas Moscovici retoma estos planteamientos desarrollando una teoría en psicología con tendencia sociológica. A continuación, se presenta una reseña de esta teoría y sus componentes.

En términos generales Wilhelm Wundt (1979) registra en su biografía que fue un fisiólogo interesado en cuestiones epistemológicas que dio origen a la nueva psicología. En su interés de ingresar la psicología al ámbito científico y desligarlo de la metafísica, realizó varios estudios experimentales en los que desarrolló varios métodos de observación y se llevaron a cabo distintos experimentos para poder generar teorías. También planteó diferencias entre la representación individual y colectiva, llevando a la psicología al ámbito social.

Por otro lado, según Ramírez (2008) George Herber Mead también se enfoca en el ámbito social y plantea el interaccionismo simbólico, éste se centra en la naturaleza y

Luis Fernando Berrezueta Reyes - Julexi Fernanda Vaca Romero

consecuencias de la interacción social, ve a las personas como seres capaces de definir las situaciones en las que se encuentran y actuar en función de sus propios constructos, “los individuos, en esta perspectiva, no son robots programados por su medio local o dirigidos por sus instintos biológicos” (Ramírez, 2008, p. 2). Es decir, los seres humanos tienen la capacidad de estructurar sus propias definiciones a partir de las experiencias previas y esto es lo que rige su actuar, además plantea que para la comprensión de la sociedad se visualiza a la comunicación como un instrumento en el que juegan un papel primordial el emisor-mensaje-receptor. “La comunicación sitúa al individuo en un sistema de mutuas relaciones, propuestas comunes y oportunidades de compartir experiencias, discursos y planteamientos” (Ramírez, 2008, p. 2-3). Por lo tanto, la realidad del individuo se constituye a partir de las experiencias y la interacción con los demás.

Finalmente, Mora (2002) señala que la representación colectiva es una corriente plateada por Émile Durkheim que se centra especialmente en la conciencia colectiva y cómo ésta puede sobrepasar el pensar individual, dicha teoría se ve reflejada en los mitos, la religión, las creencias y otros constructos cognitivos productos de la cultura y la interacción social. Estos hitos proporcionaron una base teórica para la creación de la teoría de la representación social, entendiéndola como aquella que:

Constituye una forma de pensamiento social en virtud de que surge en un contexto de intercambios cotidianos de pensamientos y acciones sociales entre los agentes de un grupo social; por esta razón, también es un conocimiento de sentido común que, si bien surge y es compartido en un determinado grupo, presenta una dinámica individual, es decir, refleja la diversidad de los agentes y la pluralidad de sus construcciones simbólicas. (Ramírez, 2008, p. 4)

Al profundizar en la teoría de la representación social se logra evidenciar una estructura definida y las dimensiones que la rigen. En este sentido Vergara (2008), expone la estructura de la misma y menciona que su metodología tiene dos ramificaciones marcadas: la vertiente procesual, que se interesa por el carácter constitutivo de las representaciones, tanto a nivel individual como a nivel de las interacciones sociales; y la vertiente estructural que “pretende la cuantificación de los sentidos y del sentir de los actores a través del nodo central” (Vergara, 2008, p. 63).

Mientras que, Araya (2002) cita a Moscovici y reconoce que la representación social implica un proceso con el que se forma un conocimiento y el resultado del mismo, transformándose en “una forma particular de conocimiento que constituye un universo de creencias en el que se distinguen tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de representación” (Araya, 2002, p. 39). La información, es la suma de conocimientos con los que cuenta un grupo sobre un tema; el campo de la representación, es la organización de la información por jerarquías; y la actitud es la orientación favorable o desfavorable con respecto al objeto de la representación.

Para la comprensión de la teoría se debe distinguir a la representación social de otros conceptos cognitivos con origen social como la actitud, la opinión, la imagen, el estereotipo, la creencia, la percepción, etc. Mora (2002) describe estos conceptos y menciona que la actitud es tan solo uno de los componentes de la representación social; así como la opinión que para Moscovici es una fórmula a través de la cual el individuo fija su oposición frente a objetos sociales; por su parte, los estereotipos son rígidos, no dinámicos y se presentan en forma de categorías de atributos específicos; la percepción, es una instancia mediadora entre el estímulo externo y el concepto que de él nos hacemos; finalmente, la imagen es considerada como la que reduce el concepto a una simple impresión del mundo exterior. Estos fenómenos indudablemente forman parte de la construcción de las representaciones sociales, pero por separado limitan el alcance real de este fenómeno.

De lo estudiado se entiende que las representaciones sociales se traducen en un proceso de sentido común compartido por un grupo social, que permite mediante determinados pasos la formación de un constructo cognitivo referente a una variable; las percepciones y los conceptos son alimentados y organizados en la vida cotidiana de los individuos como el producto de la interacción de diversas ideas de lo que se lee, se escucha, se observa, se cree y de las experiencias del propio individuo, así como de quienes lo rodean. Dichas representaciones se forman en torno a temas de interés común.

Esto implica que en distintos contextos sociales existen infinidad de temas que pueden estar sujetos a la formación de representaciones sociales, esta investigación en particular, se centra en la importante necesidad de indagar sobre la representación social del psicólogo clínico puesto que en el Ecuador y en particular en la provincia del Azuay, no se ha encontrado una investigación que acoja este tema, por ende, no se tiene una visión clara de lo que la población asume o cree sobre el rol del psicólogo, existe la posibilidad de que consten prejuicios instaurados en la sociedad que distorsionen la visión sobre este profesional.

Previo a la indagación del tema se requiere precisar el contexto histórico de la psicología y de la psicología clínica, definiciones de las mismas, modelos de formación y roles del psicólogo clínico, campos de acción y demanda.

Etimológicamente hablando, el término psicología está constituido por el prefijo *psique* que significa alma y *logos* que significa estudio, es decir el estudio del alma, así lo refiere Peláez (2016). Al hablar del inicio de la psicología en general se habla del origen del ser humano, ya que se constituyó incluso antes que la disciplina como tal, Hothersall (1997) menciona que a lo largo de la historia muchas personas ya habían identificado diversas enfermedades mentales; filósofos como hipócrates y Antifón, ministros, sacerdotes, chamanes, entre otros quienes les han hecho frente y han utilizado diversas teorías o métodos para explicarlas y combatirlas.

Desde algún tiempo atrás, Hothersall (1997) manifiesta que anteriormente la psicología se relacionaba con los desórdenes mentales, estos eran vistos de distintas

maneras, se los vinculaba con la brujería, estas personas eran privadas de la libertad, tenían un trato denigrante e incluso eran sentenciados a morir, no obstante, en 1962 dejaron de ser juzgados. Con el pasar del tiempo, esta concepción cambió, y los desórdenes mentales empezaron a ser atribuidas a los efectos de un envenenamiento por el consumo de Ergor, un hongo que por lo general la sociedad utilizaba en sus alimentos y como efecto se tenía alucinaciones, problemas en el sueño, etc. Las personas eran internadas, en donde pasaban con cadenas, en oscuridad y con un trato inhumano.

Se llegó al siglo XX, en donde se creía que las psicopatologías eran producto de alteraciones en la sangre, por lo que se optó por realizar un tratamiento llamado sangría, el que consistía en limpiar la sangre, sin tener grandes resultados; de igual manera, el trato a los internos seguía siendo denigrante. Personajes como Phillipe Vinet, Willian Tuke y Dorothea lynde Dix lucharon para que la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales mejorara, logrando cambios tales como: quitar las cadenas o grilletes, mejorar la calidad de alimentos, crear establecimientos donde se ofrecía libertad, respeto y buena comida a las personas internadas (Hothersall, 1997).

Hothersall (1997) también manifiesta que la psicología clínica se establece con la primera clínica psicológica fundada por Lightner Witmer en 1896, quien dedicó su vida al tratamiento de las enfermedades mentales como un servicio a la humanidad, trabajó problemas del lenguaje con técnicas como el entrenamiento directo y la asesoría. En 1908 estableció una clínica permanente para niños con problemas psicológicos, además realizó aportes a la psicología aplicada y comparativa.

Con el trato de las enfermedades mentales como problemas clínicos, surgieron controversiales tratamientos tanto físicos como farmacológicos radicales, que iban desde cortes del lóbulo frontal del cerebro, la inducción al coma y la terapia de choque, hasta el uso de fármacos como clopromazina, litio y antidepresivos. Métodos tales como la terapia electroconvulsiva (TEC) y determinados fármacos en dosis controladas, aún son utilizados con resultados positivos; sin embargo, muchas personas fueron víctimas de las prácticas médicas inhumanas. Durante los siglos XVIII y XIX en psicología se utilizaban técnicas como el mesmerismo e hipnosis; el primero se enfocaba en la energía y el magnetismo de las enfermedades, las mismas que podían ser curadas mediante la canalización de estos fenómenos, y la segunda que se centró en inducir al sueño mediante la sugestión; ambas técnicas son poco utilizadas en la actualidad para la cura de las enfermedades mentales, puesto que han estado sujetas a gran controversia y críticas (Hothersall, 1997).

A partir de este desarrollo histórico surgieron conceptos, que hoy en día, dejan ver el vuelco que ha tenido la psicología. “La psicología es la ciencia de la conducta, de los procesos mentales, del alma, puede ser una parte de la filosofía o una ciencia de la salud, un arte curatorio o una disciplina experimental” (Peláez, 2016, p. 15).

Actualmente varios autores son los que se han preocupado por definir a la psicología; puesto que es un campo diverso y amplio resulta difícil obtener una sola concepción de



la misma. Cosacov (2005) reúne la visión de distintos autores acerca de esta, y menciona que Wilhelm Wundt la ve como el estudio de lo consciente, W. James como el estudio de la mente, J.B. Watson la define como el estudio de la conducta, Wertheimer dice que es el estudio del significado de lo percibido, y finalmente K. Lewin que comenta que la psicología es el estudio de la persona y su entorno.

Como se evidencia, todos estos autores reconocidos en el mundo de la psicología presentan visiones diversas, esto se debe a que en psicología existen múltiples ramas o especialidades y por ende, diferentes campos de acción. Una de estas ramas es la psicología clínica la misma que es definida por la Asociación de Psicología Americana (APA) como:

...la especialidad psicológica que brinda atención continua y completa de salud mental y conductual para individuos y familias; consulta a agencias y comunidades; entrenamiento, educación y supervisión; y práctica basada en la investigación. Es una especialidad en amplitud, que abarca ampliamente la psicopatología severa, y está marcada por la integralidad y la integración del conocimiento y la habilidad de una amplia gama de disciplinas dentro y fuera de la psicología propiamente dicha. El alcance de la psicología clínica abarca todas las edades, múltiples diversidades y sistemas variados. (APA, 2018)

Según Peláez (2016) la psicología clínica es una rama de la psicología preocupada por los problemas psicológicos y de conducta “anormal”, su intervención es de manera individual y en grupos pequeños como la familia o las parejas, actúa en situaciones de la vida cotidiana, “enfocada directamente en el ámbito de la salud, la patología mental y la adaptación y sobrevivencia ante los eventos de la vida” (Sánchez, 2008, p. 23).

Para hablar de psicología clínica contemporánea Hothersall (1997) la aborda desde dos enfoques: el científico y el profesional. El primer enfoque está ligado a los avances en la investigación y su progreso teórico, y el segundo está vinculado con el entrenamiento y la práctica.

Hothersall (1997) explica que el enfoque científico busca categorizar las patologías mediante dos sistemas, ambos fueron revisados estrictamente por la APA y la Organización Mundial de la Salud de las Naciones Unidas, estos fueron el ICD (1900) *clasificación internacional de enfermedades, lesiones y causas de muerte*, y el DSM (1952) *manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Además, en este enfoque se resalta que la psicoterapia tiene mayor efectividad en las intervenciones psicológicas y ha logrado crear mayor relación entre la psicología y la neurociencia. El enfoque profesional, por su parte, está estrechamente ligado con la práctica profesional de la psicología, un gran número de personas son las que se dedican a velar por la salud mental de los seres humanos.

Para lograr aplicar esta profesión es necesario adquirir conocimientos en torno a esta ciencia, por lo que es preciso atravesar un proceso de formación académica, el mismo que

ha evolucionado con el pasar del tiempo. Colín y Camarena (2012) mencionan que durante el pasar de los años la psicología buscó desprenderse de la filosofía y demás profesiones, es por esto que en 1959 se logró que el primer plan de estudios de psicología tenga derecho a un título profesional, sin embargo, no es sino hasta 1974 que se logró el reconocimiento oficial de la carrera, la que otorga derecho a los estudiantes para poseer un título profesional, esta situación provocó su apertura en distintas instancias universitarias.

Ahora bien, es importante indagar brevemente sobre los modelos de formación adoptados por la psicología. Munsey (2010) realiza una referencia histórica sobre la misma y comenta que alrededor de 1941 y 1949, surgió en EEUU el modelo Boulder o modelo Científico-Práctico, un modelo de formación para psicólogos que “planteaba que la psicología debía desarrollarse como ciencia y profesión, es decir, acentuando los aspectos ligados a la producción de conocimientos científicos y la aplicación práctica del saber psicológico” (Gallegos, 2010, p. 1).

Por otra parte, Gallegos (2010) postula que en Colombia, en 1974, Rubén Ardila, gestionó y efectuó La Primera Conferencia Latinoamericana sobre Entrenamiento en Psicología, donde se discutió y analizó la formación académica del psicólogo, en esta conferencia surge, planteado por Ardila, el modelo de formación denominado Modelo Latinoamericano de Entrenamiento en Psicología o Modelo Bogotá. Alarcón (2003) menciona que este modelo propone varios lineamientos que rigieron la formación académica del psicólogo, tales como: se debía tomar en cuenta el doble carácter (ciencia y profesión) de la psicología, el entrenamiento en psicología debe seguir pautas similares en países latinoamericanos, el entrenamiento debe durar como mínimo 5 años, el título otorgado debe ser de psicólogo, se debe realizar entrenamiento práctico previo a la obtención del título, se debe realizar de manera supervisada una tesis de grado que contribuya a la psicología en cualquiera de sus ramas, esta carrera debe ofertarse en facultades universitarias, entre otros.

Al menos en Colombia, los programas de psicología siguen en líneas generales el "Modelo Bogotá". Aunque es evidente que existen muchas diferencias en la formación de los psicólogos en las facultades colombianas y latinoamericanas, el Modelo está sirviendo actualmente al MERCOSUR (Mercado Común de Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay) para la unificación de la formación de los psicólogos en dicha zona. (Alarcón, 2003, p. 199)

En cuanto al contexto cuencano se encontró una recopilación teórica realizada por Salinas y Prado (2017) donde refieren que en Cuenca la psicología se consolidó en los 70, a medida que se formaban distintos procesos sociales y culturales. En 1977 fue el periodo en el que se inició por primera vez su formación en la Universidad Católica de Cuenca.

Al igual que enfoques, modelos y especialidades existen distintas opiniones acerca del rol que cumple el psicólogo clínico. Amoros (1980) afirma que es el profesional encargado de explicar, comprender, prever y modificar la conducta humana.

Harsch (2005) por su parte, relaciona la función del psicólogo clínico con la evaluación, diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento de personas con conflictos emocionales, con problemas para adaptarse a su medio; también, el identificar, clasificar y analizar dificultades que dañen la salud mental; así como, la prevención y solución de distintos problemas de un contexto sociocultural; por último, menciona sobre la intervención del psicólogo clínico en situación de crisis emocionales.

Según la APA (2018) el psicólogo ayuda en una gran variedad de pacientes y está capacitado para dar diversos tipos de tratamiento a los distintos problemas mentales, ya sean estos depresión, ansiedad, irritabilidad por largo tiempo e incluso trastornos crónicos, o por problemas a corto plazo como sentirse abrumados por un nuevo empleo. El psicólogo clínico también está implicado en tratar situaciones estresantes, dar un tratamiento en adicciones e incluso eliminar obstáculos que impiden alcanzar objetivos. Además, están capacitados para administrar e interpretar distintos reactivos psicológicos, que pueden contribuir a un diagnóstico correcto de un trastorno, o a su vez, aportar detalles de cómo una persona siente, piensa y actúa. Todas estas funciones son desempeñadas en un entorno social, en espacios específicos.

Existen diversas plazas o campos en los que se desempeña el psicólogo clínico, “sus centros de acción profesional son: instituciones psiquiátricas y penales, centro de salud, hospitales, escuelas, guarderías, casas de cuna, secretaria de salud y dentro de la práctica privada, en consultorios y clínicas” (Harsch, 2005, p. 9).

Además, según la APA (2018) los psicólogos tienen consulta privada o trabajan con un grupo de psicólogos encargados de preservar la salud mental; también ejercen su profesión en escuelas, centros de enseñanza universitaria, hospitales, prisiones, centros médicos para adultos mayores, clínicas de salud comunitaria y salud mental, negocios e industrias y centros de rehabilitación.

Después de entender la diversidad del campo de acción del psicólogo clínico resulta necesario preguntarse; ¿qué tan alta es la demanda de trabajo que exige esta profesión? Primeramente, los problemas psicológicos se encuentran en una gran parte de la sociedad, según Caraveo (1996) en un estudio realizado en México, mediante el cuestionario general de salud de Goldberg y una entrevista psiquiátrica para determinar ciertas patologías, se encontró que la prevalencia de los trastornos mentales está dentro de un rango del 29 al 51% en la población que asiste a los servicios de salud, esto en cuanto a trastornos leves, mientras que existe una prevalencia del 10% para trastornos severos y que requieren atención especializada. Además, se encontró que la depresión y la ansiedad son los más frecuentes en la población, teniendo mayor índice en las mujeres. Los profesionales encargados en diagnosticar manifiestan que la mayoría de los trastornos que

padecen las personas son de larga duración como la distimia, episodios depresivos y dependencia a las sustancias psicotrópicas.

En el mismo estudio Caraveo (1996) reporta, en cuanto a los estudios en instituciones, que en los centros de salud la tercera parte de la demanda de servicios corresponde a la población infantil, con problemáticas tales como trastornos de conducta y aprendizaje, mientras que en la población adulta predominan trastornos depresivos y ansiosos. En cuanto al sector hospitalario, este es demandado por personas con psicopatologías de larga duración tales como la esquizofrenia. Así mismos, comenta que personas con psicopatologías severas reportan haber asistido como primer punto a un médico o servicio de salud, dejando a un segundo plano la atención psicológica.

Esta realidad refleja que existe una gran prevalencia de enfermedades mentales que requieren ayuda de un profesional de la psicología, lo que provoca que la plaza de trabajo de un psicólogo clínico sea amplia y su función indispensable, por ende, su demanda debería tener la misma amplitud. Sin embargo, aparentemente, pocos son los que manejan la información verídica acerca de este profesional. Así lo refleja el estudio de Bosetto (2006) en España que expone el desconocimiento de gran parte de la población estudiada acerca de lo que hace el psicólogo, por esto, es de esperar que las personas no consideren entre sus primeras alternativas, cuando afrontan un problema, asistir a un psicólogo clínico.

Finalmente, si se toma en cuenta la realidad de los países antes mencionados, se puede evidenciar que no se ha logrado una visión clara del psicólogo clínico, debido a esto, es de esperar poca demanda; sin embargo, existen sectores que sí poseen información, lamentablemente ésta suele ser sesgada e insuficiente, lo que provoca una propagación de creencias mal fundadas, contribuyendo a limitar el acceso a este servicio de salud mental. En Ecuador la salud mental se ha visto relegada económicamente e incluso en temas de investigación, reduciendo aún más su campo de acción, por lo tanto, conocer la representación social del psicólogo clínico permite tener un acercamiento a la realidad de este medio, que influye, indudablemente en la adherencia a los tratamientos psicológicos.

Para explorar la realidad actual del medio Cuencano con respecto al tema, resulta indispensable solventar la pregunta de investigación que está directamente vinculada con el objetivo general, el mismo que se encaminó a explorar la representación social del psicólogo clínico en la población adulta de Cuenca-Ecuador, mientras que los objetivos específicos se orientaron a identificar ideas predominantes y clasificarlas en distintos grupos sociodemográficos.

Cabe mencionar que el presente estudio se centró en la población adulta, ya que en esta etapa de la vida los seres humanos adquieren determinadas características cognitivas que le permiten aportar con una postura crítica con respecto a temas de interés común, “utiliza sus capacidades cognitivas en el cuidado de su familia, personas de su trabajo y comunidad” (Álvarez, 2013, p. 22), convirtiéndose en un agente activo en la formación de representaciones sociales.

PROCESO METODOLÓGICO

Enfoque de investigación.

La investigación se enmarcó desde el enfoque cualitativo, que “se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (Taylor & Bogdan, 1987, págs. 19-20).

Tipo y diseño de investigación.

La investigación fue de tipo exploratorio “es una pequeña versión de una investigación mayor, es un estudio de menor escala que permite evidenciar cuestiones de orden metodológico, descubrir posibles problemas técnicos, éticos, logísticos” (Muñoz, 2011, p.492-499). Lo que permitió proporcionar información general sobre una problemática poco conocida, adicionalmente, fue de diseño transversal la misma que indica que “la información se recolecta en un momento dado de tiempo” (Hernández y Velasco, 2000, p.447).

Categorías.

Las categorías investigadas fueron la información, el campo de representación y la actitud, que conforman las dimensiones del constructo representación social. Mora (2002) basado en la teoría de Serge Moscovici los define de la siguiente manera: la información, consiste en la suma de conocimientos con las que cuenta un grupo de personas sobre un tema; el campo de representación, hace referencia a la organización de la información por jerarquías, las mismas que pueden variar de grupo en grupo y por último; las actitudes, las que exteriorizan la posición favorable o desfavorable que tiene un sujeto sobre el objeto de la representación.

Participantes.

La unidad de análisis del estudio estuvo conformada por doce personas, las mismas que estuvieron seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por cuotas, éste “se utiliza en estudios de opinión y de mercadotecnia, se basa en que los encuestadores administran cuestionarios con sujetos alzar, y van llenando cuotas de acuerdo a las variables demográficas en la población” (Gómez, 2006, pág. 119). Es necesario mencionar que se trabajó con doce entrevistas, en donde se llegó a la saturación teórica en donde “el investigador debe permanecer en el campo hasta que no emerja nueva información” (Trinidad, Carrero, & Soriano, 2006, pág. 37).

TABLA 1

CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

| Pseudónimo | Edad | Sexo | Escolaridad | Nivel socioeconómico |
|------------|---------------|------|---------------|----------------------|
| E1 | Entre 20 y 40 | M | Especialista | Mayor a 1000\$ |
| E2 | Entre 20 y 40 | M | Técnico | Entre 376\$ y 500\$ |
| E3 | Entre 20 y 40 | H | Secundaria | Menor a 375\$ |
| E4 | Entre 20 y 40 | H | Universitario | Entre 501\$ y 999\$ |
| E5 | Entre 41 y 65 | M | Secundaria | Entre 501\$ y 999\$ |
| E6 | Entre 41 y 65 | M | Secundaria | Entre 501\$ y 999\$ |
| E7 | Entre 41 y 65 | H | Universitario | Entre 501\$ y 999\$ |
| E8 | Entre 41 y 65 | H | Primaria | Entre 501\$ y 999\$ |
| E9 | Más de 66 | M | Primaria | Entre 376\$ y 500\$ |
| E10 | Más de 66 | M | Primaria | Entre 376\$ y 500\$ |
| E11 | Más de 66 | H | Primaria | Menor a 375\$ |
| E12 | Más de 66 | H | Primaria | Entre 376\$ y 500\$ |

Instrumento.

La información fue recolectada a través de una entrevista semi-estructurada, (Ver anexo 1) la misma que pasó por una prueba piloto y por un análisis lingüístico a cargo de un profesional; esta consiste en “una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas específicos que vayan apareciendo durante la entrevista” (Gómez, 2006, pág. 141). Es importante mencionar que esta herramienta, “es el estilo de elección en gran parte del trabajo cualitativo. El contenido de las entrevistas también puede someterse a un análisis de contenido y, por tanto, cuantificarse de manera parcial” (Coolican, 2005, pág. 105).

Procedimiento y análisis de datos.

Se inició la indagación teórica y el contacto con las unidades de análisis, debido a que la investigación se apega a un muestreo no probabilístico por cuotas, se buscó directamente a los participantes que cumplieran las características requeridas por el estudio, hasta conformar la unidad de análisis. Las entrevistas se realizaron con este grupo y fueron registradas en grabaciones de audio, que posteriormente se transcribieron en Microsoft Word. Para el procesamiento de la información, se optó por realizar un análisis temático, en el cual “existen dos niveles: en el primero, se codifican las unidades de análisis y se agrupan en categorías; en el segundo, se comparan las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones” (Gómez, 2006, pág. 160).

Aspectos éticos.

En esta investigación se trabajó con aspectos éticos sugeridos por APA, en donde previo a la participación del sujeto se elaboró un consentimiento informado (Ver anexo 2), en donde se expresaron abiertamente distintos puntos como: la libertad de decidir participar en la investigación, los objetivos que encaminaron este estudio, además se plasmó porqué fueron seleccionados como participantes (criterios de inclusión y

exclusión), se protegió la identidad de cada unidad de análisis. Por último, se garantizó que los datos serán tratados únicamente con fines académicos.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La aplicación de entrevistas semi-estructuradas a personas adultas de la ciudad de Cuenca y su posterior análisis, permitió explorar la representación social del psicólogo clínico. Los resultados de este estudio están planteados en función de tres categorías: la información, el campo de representación y por último la actitud de las personas hacia este profesional de la salud mental. En lo consiguiente se registran los hallazgos en cada una de las categorías.

Información:

De acuerdo a Mora (2002), la teoría de la representación social planteada por Serge Moscovici define a la información como el conocimiento que tiene un grupo acerca de un fenómeno, en función a esta, se logró identificar algunas ideas predominantes en los participantes estudiados, las que se describen a continuación.

La función del psicólogo clínico

Al indagar sobre la función del psicólogo clínico en la población adulta, se pudo conocer que, para la población estudiada, éste, es quien trata a personas en situaciones conflictivas, problemáticas o con alguna enfermedad. Hay quienes califican a la acción del psicólogo como una ayuda, puesto que es quien actúa con el afán de remediar una problemática, por otra parte, también cumple el deber de orientar a los demás; analiza y estudia aspectos de las personas tales como la mente o las emociones. Los participantes del estudio se refirieron a los psicólogos clínicos como:

Es una persona que es para tratar a las personas enfermas (E, 9).

Les ayudan a las personas a que se recuperen de lo que está pasando (E, 5).

Gente que le ayuda a uno a orientar, tal vez la parte emocional de la persona, a enfocar, a orientar, a despejar esa contradicción (E, 7).

Es para ver, para analizar la mente de una persona (E, 11).

Hay quienes vinculan al psicólogo clínico únicamente con el tratamiento a “personas locas”, otros participantes no evidencian esto y algunos otros participantes manifestaron que esto es lo que piensa la mayoría de las personas en el medio. Existió un denominador

Luis Fernando Berrezueta Reyes - Julexi Fernanda Vaca Romero

común en la respuesta de las personas adultas mayores que participaron en el estudio quienes afirmaron que el psicólogo clínico no se encarga de tratar a locos, sin embargo, esto no se presentó en participantes de otros rangos de edad.

Tratan a locos, a problemas, son las personas que tratan a personas que tienen problemas con la vida cotidiana (E, 3).

La gente cree que atiende solo a locos, la gente tiene algún problema fuertecito que no puede resolver y va...si se les recomienda ellos dicen: ¡no estoy loco!, no necesito eso, yo estoy bien (E, 1).

No solo por locos van, van por problemas como el alcohol, las drogas, entonces el psicólogo le ayuda a salir (E, 10). (Adulto mayor)

Recapitulando, el psicólogo clínico es visto como un ser altruista, alguien que se hace presente en los momentos más conflictivos de las personas, específicamente en problemas emocionales, mentales y de consumo; esto indica que se relega la intervención del psicólogo en problemas conductuales o sociales.

Formas de intervención del psicólogo clínico.

Al indagar sobre cómo ayuda el psicólogo clínico a las personas, los participantes comentaron que, mediante los consejos, las charlas y la escucha. Básicamente estos serían los recursos que utilizarían los psicólogos clínicos para apoyar a los individuos en sus problemas. Entre los participantes existen afirmaciones tales como:

Da charlas para aconsejar a las personas que está yendo por otro camino (E, 8).

Las personas que necesitan consejos, que pierden familiares, los psicólogos clínicos te dan consejos, que te dicen que ya paso (E, 3).

El psicólogo clínico escucha sus problemas (E, 3).

En cuanto a la administración de fármacos por parte de este profesional, existen opiniones divididas en los participantes estudiados como, por ejemplo:

El psicólogo clínico ya les da con tratamientos que uno tal vez sólo consejos, ustedes ya serían con consejos, con tratamientos, con medicamentos y todo eso, creo que es así (E, 5).

El medicamento el psicólogo no puede dar (E, 1).

En conclusión, en varios de los miembros del entorno cuencano se comparte el conocimiento de que la forma de intervención del psicólogo es mediante consejos, charlas

y la escucha al usuario; sin embargo, en cuanto a la administración de fármacos por parte del psicólogo no existe un consenso, situación que puede generar falsas expectativas que afecten la aceptación de este profesional, en aquellas personas que no conocen acerca de las limitaciones del psicólogo en el área farmacológica.

Problemas que atienden los psicólogos clínicos.

Según la información obtenida en las entrevistas, el psicólogo clínico brinda ayuda a personas con diversos problemas, tales como, el consumo de sustancias, personas víctimas de violencia, conflictos emocionales, problemas familiares o enfermedades. Algunas de las opiniones recopiladas replican lo anteriormente dicho:

Si es clínico, así basándose en la terminología, algunas personas que tienen patologías; por ejemplo: un cáncer, una enfermedad catastrófica (E, 1).

Drogas, alcohol, violaciones, traumas, tal vez traumas, a veces cuando viven en hogares llenos de problemas, tantas cosas que se viven en un hogar, accidentes de todo (E, 2).

El tema del control del estrés, la sobre carga emocional (E, 7).

Cuando hay problemas de divorcios de separación también van a un psicólogo clínico...el bullying, abusos sexuales, peleas, golpes (E, 1).

Son diversos los problemas en los que, según los participantes, intervienen los psicólogos clínicos, los mismos que, en términos generales, están ligados a enfermedades mentales, traumas, problemas emocionales, conductuales o de adaptación social.

El desconocimiento generalizado en torno al psicólogo clínico.

La población estudiada menciona que existe desinformación en la comunidad en torno al tema del psicólogo clínico. Se logró identificar que las personas que expresan abiertamente la falta de información o la información errónea que se maneja en la sociedad, se encuentran en el mismo rango de edad (entre 20 y 40 años), un ejemplo de estas opiniones son:

Se llegan a dar una idea...se dan una idea, pero muchas de las veces, a veces simplemente es un concepto vago, que tenemos encima o no siempre llegamos a tener una visión detallada del psicólogo (E, 4).

La gente no sabe diferenciar lo que es un clínico, la gente solo dice que va al psicólogo, y si va es porque está loco, lastimosamente es así (E, 1).

Dentro del grupo de adultos jóvenes estudiados existe la percepción de que no hay la información suficiente o que hay desinformación con respecto a este profesional.

Las características del psicólogo clínico.

Según la población estudiada, para considerar a un psicólogo clínico como tal, éste debe cumplir requisitos en cuanto a su formación y comportamiento. Lo anterior se refleja en las siguientes afirmaciones:

Debería estar capacitado para poder ayudar a la otra persona, estar al tanto y no sé; ósea al menos tener los conocimientos básicos y la capacidad y el criterio para poder ayudar a la otra persona más que nada, yo creo que cualquier persona debería primerito sentirse estable esa persona para poder ayudar a la otra persona (E, 4).

Pacientes para escuchar todo, mente más amplia para poder solucionar los problemas, para buscar las soluciones que genera los problemas, ser más instruido en las conductas de las personas, porque cada persona tiene su forma de actuar (E, 1).

¿Qué te diré? una buena atención, la amabilidad más que nada, el profesionalismo que demuestra, que todo es confidencial (E, 2).

Más específicamente, resaltan características tales como: la paciencia, la amabilidad, la confidencialidad, el conocimiento y estabilidad. Cabe mencionar que de las personas participantes, las que priorizan el conocimiento como una característica indispensable del psicólogo clínico son aquellas con alto nivel de escolaridad.

Campo de acción del psicólogo clínico.

Al referirse a los lugares en donde los psicólogos clínicos ejercen su función, los participantes refirieron que estos son espacios como centros de salud, clínicas, consultorios privados, empresas y el área educativa, citando algunas de las respuestas se encuentra que:

En las entidades educativas, hospitales, clínicas (E, 1).

En los hospitales hay psicólogos o tienen también sub-centros de salud o en oficinas ¿Cómo serían? Consultorios (E, 5).

Se puede observar que se concibe al psicólogo clínico ampliamente ligado al área de la salud.

Algunos de los datos obtenidos en esta categoría coinciden con la investigación realizada en Colombia por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena. Gómez (2013) describió en su investigación que el psicólogo es el encargado de la orientación hacia la resolución de problemas emocionales, además del apoyo en crisis emocionales o en aquellos momentos donde no hay una explicación física al malestar que padece una persona.

Esto coloca nuevamente al psicólogo como el intermediario entre el individuo y situaciones problemáticas tales como las enfermedades. Por otro lado, en el estudio que se realizó en Brasil sobre la representación social de la Psicología y el psicólogo, también se logró encontrar criterios en común acerca de este profesional, puesto que Iuva & Fin (2014) describen como resultado de su investigación que se concibe al psicólogo como un entrenador o consejero que ayuda y entiende problemas psicológicos, al igual que algunos de los participantes del presente estudio.

Campo de representación

“El campo de representación es definido como la forma en que se organizan los diversos elementos que la estructuran” (Piñero, 2008, p. 6). En el caso del psicólogo clínico es útil situarlo socialmente en función a profesiones afines o roles que pueden llegar a confundirse, esto permite tener una impresión general de cómo se organiza la información de éste en el medio, también se considera relevante situarlo en función al transcurrir del tiempo.

El psicólogo clínico y otras ramas de la psicología.

La población estudiada diferencia con dificultad al psicólogo clínico de otras ramas como la psicología educativa, cabe mencionar que se relaciona al psicólogo clínico con la tarea de profundizar en los conflictos personales, mientras que el psicólogo educativo es relacionado con el entorno escolar; la psicología social es la menos reconocida (pj. Todos los participantes con escolaridad primaria y secundaria manifestaron abiertamente no saber sobre esta área). Entre las respuestas existen frases como:

el psicólogo clínico... yo creo que más que nada trata un poco de profundizar más y analizarle bien a la persona, quizá un psicólogo educativo no, no sé, tal vez se enfoca en cosas puntuales, tal vez como el aprendizaje de un niño o simplemente cosas educativas. (E, 4)

En que El social no veo tan bien, no me llena las expectativas como un psicólogo clínico (E, 2)

...cuando se ponen en cuestión de niveles le valoran más al psicólogo clínico (E, 2).

Como se puede evidenciar, además de proporcionar las diferencias que se cree que existen entre estos profesionales, algunos participantes comentan que se valora socialmente al psicólogo clínico por sobre otras ramas.

El psicólogo clínico y el área médica.

En lo que al psiquiatra respecta, se lo ve como un profesional que atiende casos más severos que lo que hace el psicólogo clínico, se lo coloca en un nivel superior en cuanto a la valorización como profesional; sin embargo, genera un mayor recelo o temor ante la sociedad, por ejemplo se obtuvieron respuestas como:

Escucho psiquiatra y como que me da miedo, psiquiatra yo creo que ya es básicamente para personas que están bien... con alguna afección bien severa (E, 4).

Ya psiquiatra sería para una persona con más problemas más grandes (E, 5).

El psiquiatra es más con desordenes más profundos ¡qué sé yo! Esquizofrenia, donde la persona pierde la realidad, ósea el psiquiatra ya es en otro nivel el psicólogo le ayuda a la persona que esta consiente de sus actos, en cambio por lo general los que tienen problemas más profundos no están conscientes de lo que está actuando, incluso ya el tema de medicamentos ya son otro tipo de medicamentos, para controlarle la parte emocional, el psicólogo clínico, creo yo que le ayuda a estabilizarle la parte emocional, el psiquiatra más bien le ayuda a controlar y tal vez en temas más profundos. (E, 7)

En un caso se menciona que el psicólogo clínico es un doctor.

Es un doctor ¿Un doctor que cumple la función de? Ayudar a las personas a salir de los problemas. ¿Qué tipo de ayuda? Consejería más creo que es (E, 10).

Se puede presumir que el temor que existe alrededor del psiquiatra puede deberse a que se lo relaciona con enfermedades crónicas y con tratamientos más profundos.

El psicólogo clínico y quienes aconsejan.

El psicólogo clínico está íntimamente relacionado con los consejos, según las respuestas obtenidas previamente, sin embargo al momento de diferenciarlo de quienes

suelen aconsejar como amigos y familiares, se resalta como principales diferencias su formación académica y lo señalan como una persona más capacitada, por ejemplo en el caso de los sacerdotes se dice que se enfocan únicamente a Dios y que los consejeros tienen menor nivel de fundamentación. Esto se puede evidenciar en los siguientes argumentos proporcionados por los participantes

En que el psicólogo clínico ya creo que tiene más capacidad que el consejero (E, 9).

El cura no tiene bases científicas, él dice: si hija pórtate bien y vas al cielo; el psicólogo dice; te tienes que portar bien porque es lo que la sociedad manda, debe tener otra forma de enfocar eso, el cura se basa en experiencias de lo que le cuentan, ni siquiera de lo que él ha vivido, lo que le comuniquen. (E, 1)

El consejero solo aconseja pero nada más. El psicólogo clínico estudia la persona, ve soluciones, el consejero solo da lo básico solo ve una dirección, el clínico ve varias alternativas (E, 2).

Como se nota, existe la firme creencia de que el psicólogo clínico se encarga de dar consejos y estos están en función de las normas sociales, de sus propias experiencias y de su capacitación como profesional.

El psicólogo clínico en la actualidad.

La población ha notado una diferencia entre la importancia dada antes en este medio al psicólogo y la importancia que ha cobrado en los últimos tiempos, diferencia recalcada especialmente por los participantes en la adultez media y tardía, ejemplo de esto son los siguientes comentarios:

Si son importantes los psicólogos, al menos ha cobrado importancia en la actualidad (E, 7).

Ahora sí son importantes los psicólogos, con lo que escucho tantas cosas sí, porque por ejemplo antes no había necesidad de eso, me imagino que ni había antes, pero los problemas siguen siendo similares, pero ahora si se escucha muchas cosas de niños, de tanto personas adultas como de niños. (E, 5)

Ahora que hay todo eso, en mi edad no había nada de eso del psicólogo (E, 11).

Esto indica que ha existido un incremento en la utilidad del psicólogo, puesto que se lo considera importante para tratar determinadas problemáticas.

Con respecto al campo de representación no se encontraron antecedentes con los cuales contrastar la información obtenida, sin embargo se considera pertinente rescatar los hallazgos de Covarrubias (2013), quien realizó un estudio en México sobre la imagen social e identidad profesional de la psicología. Según los resultados obtenidos “los estudiantes piensan que la sociedad tiene una imagen estereotipada de la psicología, atribuyen su reconocimiento o desconocimiento social al capital cultural, social y económico de las personas” (Covarrubias 2013, p.113), tal como sucede en el presente estudio, donde personas con escolaridad baja, expresan abiertamente no conocer sobre determinados temas relacionados a la psicología, por ejemplo, sobre la psicología social.

Actitudes

Las actitudes son definidas por Piñero (2008), como una respuesta afectiva ante el objeto de representación, permitiendo a los actores tomar una postura favorable o desfavorable ante la temática en cuestión.

En función a la utilidad social del psicólogo clínico.

Las personas entrevistadas mantienen una actitud favorable hacia la utilidad del psicólogo clínico como profesional sin distinción de grupo sociodemográfico, aunque hay quienes no lo aseveran o lo visualizan como una buena alternativa para las demás personas. Algunas de las respuestas obtenidas al preguntar acerca de la utilidad del psicólogo clínico fueron:

Debe ayudar un montón, me imagino (E, 1).

Si, muchas personas necesitan psicólogos; como, por ejemplo: si les fallece un familiar necesitan un psicólogo para afrontar lo que la persona fallecida o cosas así (E, 3).

Sí, porque ayuda a las demás personas (E, 10).

En función a la aceptación personal del psicólogo clínico.

Las personas entrevistadas también muestran una actitud favorable y predisposición ante la posibilidad de acudir con un psicólogo en caso de considerarlo necesario. Respondieron cosas como:

Si tuviera necesidad sí, si es que ya necesitaría mismo, ya (E, 5).

Si, para que me ayude cualquier cosa, por decirte algo tengo algo mental, ya entonces quiero que me saque esa mentalidad que yo tengo mal, que me apoye que me ayude (E, 9).

Luis Fernando Berrezueta Reyes - Julexi Fernanda Vaca Romero



Estas ideas dejan entrever que la población no se encuentra cerrada a la idea de asistir a un proceso psicológico, sin embargo, esta no sería su primera opción al sentir alguna molestia.

Emoción relacionada con la asistencia a un psicólogo clínico.

La población estudiada considera que la sociedad relaciona la asistencia a un tratamiento psicológico con el miedo, esta misma emoción está ligada a la asistencia a procesos psiquiátricos.

Yo creo que las personas no siempre acuden al psicólogo clínico porque a veces como que tienen miedo, porque a veces pueden decir que los psicólogos son simplemente para los locos (E, 4).

Muchas personas tienen miedo ese miedo porque dicen te vas donde el psiquiatra creen que es para loquitos (E, 6).

Se puede notar que el miedo ligado a estos profesionales está determinado por un constructo colectivo, un prejuicio que genera el temor de ser señalados como “personas locas”, lo que limita el actuar del psicólogo clínico.

Finalmente, un estudio realizado en España, refleja resultados similares en cuanto a la visión favorable de la utilidad del psicólogo en la sociedad, este buscaba la imagen de la psicología como profesión sanitaria entre la población general, “los resultados reflejan una posición favorable al carácter sanitario de la profesión del psicólogo, se manifestó una clara preferencia, por los psicólogos para tratar temas emocionales” (Casal, Teva, & Sierra, 2005, p. 36). Sin embargo, no se evidenciaron resultados relacionados al temor que ocasiona asistir a un tratamiento psicológico o a la predisposición individual de asistir a uno.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio, al tener un enfoque cualitativo, permitió explorar la representación social en la población adulta cuencana sobre el psicólogo clínico, la obtención de los resultados facilitó la consecución de los objetivos planteados en el estudio.

En cuanto a las ideas frecuentes sobre el psicólogo clínico, se determinó que es el encargado de tratar a personas en situaciones conflictivas, utilizando principalmente consejos y charlas; aunque también ha sido asociado en algunos casos con la medicación. La población estudiada afirma que algunas de las problemáticas específicas que atiende este profesional son las relacionadas al consumo de sustancias, violencia, conflictos escolares, familiares y emocionales. También hay participantes que relacionan al psicólogo clínico con el tratamiento a personas locas; otros participantes desmienten esto y otros afirman que estas creencias son parte de prejuicios sin sustento. Según algunos entrevistados, en el medio, existe desinformación entorno al psicólogo clínico e incluso información mal fundada.

Dentro de las características que los participantes creen que definen al psicólogo clínico, se encontraron: la paciencia, la amabilidad, la confidencialidad y la capacitación. Respecto al desempeño la creencia es que se da en clínicas, hospitales, centros de salud, unidades educativas, empresas y consultorios.

Además, los resultados permiten reconocer que se da una jerarquización social del psicólogo clínico (campo de representación) en la que el psiquiatra es visto en un nivel superior, con una intervención de mayor grado de dificultad; mientras que el psicólogo clínico se encuentra por debajo de este. Sin embargo, el psicólogo educativo se perfila como más aceptado en comparación con los psicólogos educativos y sociales. Esto se asocia a que el psicólogo educativo es visto como el encargado de intervenir únicamente con niños, lo que limita su acción real. El psicólogo social tiene un rol desconocido por los participantes de este estudio. Por debajo de estas se encuentran los sacerdotes y consejeros que se ven desvalorizados, puesto que se menciona que no tienen preparación académica y se caracterizan por realizar intervenciones superficiales.

La población muestra actitudes favorables hacia la utilidad del psicólogo clínico en la sociedad, puesto que es el encargado de ayudar. Además, los participantes se muestran predispuestos a asistir a un tratamiento psicológico en caso de considerarlo necesario, sin embargo, hay quienes asocian una emoción de temor ante este proceso.

Finalmente, se evidenciaron ideas predominantes en distintos grupos sociodemográficos tales como: la población en etapa evolutiva adulta mayor y adulta media mencionó que anteriormente el psicólogo no tenía una relevancia significativa en el funcionamiento social, a diferencia de la situación actual. La población adulta mayor coincidió en que los psicólogos no están relacionados con personas locas. Las personas con alto nivel de escolaridad, mencionaron que la preparación académica era una característica esencial en un psicólogo clínico; por último, la población adulta temprana coincidió en que existe mucha desinformación en la comunidad referente al tema del rol del profesional en cuestión.

Esto permite afirmar que las representaciones sociales que se forman las personas están íntimamente relacionadas con su contexto cercano, condiciones de vida, formación académica, etapa evolutiva; entre otras características estructurales de las personas.

Por otro lado, se recomienda que se planifiquen programas de educación para disminuir la información errónea que repercute negativamente en la evolución de esta disciplina, también se sugiere que los profesionales de la salud mental, soliciten recursos financieros a entidades públicas, apelando a la preocupación de autoridades gubernamentales por la promoción de la salud mental y la prevención de psicopatologías, con el objetivo de que este servicio sea cada vez más accesible a la población en general.

Se sugiere que se planteen investigaciones futuras que permitan conocer con mayor profundidad sobre la representación social del psicólogo clínico, no sólo en este medio, sino que, en distintos contextos del país, lo que proporcionará una visión más amplia y real.

Se recomienda que la presente investigación oriente el diseño de guías educacionales que permitan erradicar mitos y prejuicios que existen acerca del rol del psicólogo en el contexto Cuencano. Sin duda estas acciones pueden aportar a una mayor adherencia a los tratamientos psicológicos, para así garantizar una salud mental favorable para la comunidad Cuencana.

Dentro de las limitaciones encontradas en esta investigación se puede resaltar la dificultad en la accesibilidad a determinados participantes puesto que, en distintas ocasiones mencionaron no querer participar en este estudio, manifestando sentir vergüenza por no conocer acerca del tema. Adicionalmente, resultó difícil convocar a personas adultas mayores, comprendidas en el rango de edad de 65 en adelante y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión propuestos.

REFERENCIAS

- APA. (2018). *Pursuing a Career in Clinical Psychology*. Washington: American Psychological Association. <http://www.apa.org/action/science/clinical/education-training.aspx>
- Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12 (2), 363-369.
- Alarcón, L. (2003). *El legado de Rubén Ardila Psicología: de la biología a la cultura*. Bogotá, Colombia: F.C.H.
- Álvarez, N. (2013). Desarrollo cognitivo en la edad adulta. *Universidad Bancaria De México*. (1), p. 1-24.
- Araya, S. (2002). Las represnetaciones sociales. *Asdi*, (1), 1-84.
- Bosetto, C. (2006). Reflexiones sobre la representación social de la psicología en un barrio de baja renta. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 2(1), 138-148.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Caraveo, J. (1996). Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población mexicana, *Salud Mental*, 19, 8-13
- Colín, E., y Camarena, T. (2012). La formación profesional del psicólogo en México: trayecto de la construcción de su identidad disciplinaria. *Enseñanza e investigación en psicología*, 17(1), 1-22.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. México: El Manual Moderno.
- Cosacov, E. (2005). *Introducción a la psicología*. Argentina: Brujas.
- Covarrubias, P. (2013). Imagen social e identidad profesional de la psicología desde la perspectiva de sus estudiantes. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, IV (10), 113-133.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013). La entrevista, recursos flexible y dinámico. *Elsevier*, 2(7), 162-167.
- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Gallegos, M. (2010). A primeira Conferência Latino- Americano sobre formação em Psicologia (1974): o modelo Latino-Americano e seu significado histórico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30 (4), 792-809.

- Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Argentina: Brujas.
- Gómez, M. (2013). Representación social del psicólogo en el área de la salud: un estudio cualitativo en la facultad de ciencias de la salud de la universidad del Magdalena. *Psicología desde el caribe*, (30), 1-20.
- Harrsch, B. (2005). *Identidad del psicólogo*. México: Pearson Educación.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, B., y Velasco, H. (2000). Encuestas transversales. *Salud Pública de México*, 42 (5), 1-10.
- Hothersall, D. (1997). *Historia de la psicología*. México: McGRAW-HILL.
- Materán, A. (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. *Geoenseñanza*, 13(2), 243-248.
- Instituto de Investigaciones Sociales. (2015). Serge Moscovici. In Memoriam. *Cultura y representaciones sociales*, 9(18), 1-4.
- Iuva Arend, M., & Fin Motta, R. (2014). Representação social da psicologia e do psicólogo na sala de espera de uma clínica-escola. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, (31), 1-20.
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, (2), 1-25.
- Munsey, C. (2010). The veterans who transformed psychology. *American Psychological Association*, 41(10), 54-60.
- Muñoz, N. (2011). The exploratory study: My approach to the qualitative research world. *Investigación y educación en enfermería*, 29(3), 492-499.
- Peláez, G. (2016). *Fundamentos de psicología clínica*. Colombia: Fondo Editoriaial fcsch.
- Piñero, S. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva. *Investigación Educativa*, (7), 1-19.
- Ramírez, M. (2008). El Interaccionismo Simbólico desde George Herbert Mead. *Cátedra de sociología general*, (1), 2-5.
- Salinas, D., y Prado, K. (2017). *La formación del Psicólogo Clínico en Cuenca-Ecuador*(tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. México: Manual Moderno.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Trinidad, A., Carrero, V., & Soriano, R. (2006). *Teoría fundamentada*. Madrid: Cuadernos Metodológicos.
- Vera, A. (2015). *Demanda profesional del psicologo clinico*. Guadalajara: S/E.
- Vergara, M. (2008). La naturaleza de las representaciones sociales. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(1), 55-80.
- Luis Fernando Berrezueta Reyes - Julexi Fernanda Vaca Romero



Wundt, W. (1979). Wilhelm Wundt. *Revista latinoamericana de psicología*, 11(1), 170-172.

ANEXOS

ANEXO 1

Guía de la entrevista

Objetivo: Explorar la representación social en la población adulta cuencana sobre el psicólogo clínico.

Consigna: A continuación se realizará una serie de preguntas acerca del psicólogo clínico, las mismas que están establecidas por tres categorías; esperando toda su colaboración, de antemano muchas gracias.

Preguntas:

Categoría uno: información.

- -¿qué es un psicólogo clínico?
- -¿qué piensan los demás que es un psicólogo clínico?
- -¿qué hace un psicólogo clínico?
- -¿dónde trabaja un psicólogo clínico?
- -¿quiénes deberían ir al psicólogo clínico?

Categoría dos: el campo de la representación.

- -¿qué debe tener un psicólogo clínico?
- -¿cómo se diferencia un psicólogo clínico del psicólogo educativo?
- -¿cómo se diferencia un psicólogo clínico del psicólogo social?
- -¿cómo se diferencia un psicólogo clínico del psiquiatra?
- -¿cómo se diferencia un psicólogo clínico del consejero?

Categoría tres: actitudes.

- Los psicólogos clínicos son útiles.

Luis Fernando Berrezueta Reyes - Julexi Fernanda Vaca Romero



- Los psicólogos clínicos únicamente atiende a personas enfermas.
- Los psicólogos clínicos únicamente atiende a locos.
- Los psicólogos clínicos son personas que aconsejan.

ANEXO 2

Consentimiento informado

Título de la investigación: Representación Social del Psicólogo Clínico en la Población Adulta de Cuenca-Ecuador.

Investigadores responsables:

Luis Fernando Berrezueta Reyes.

Julexi Fernanda Vaca Romero.

Email(s):

nando-d30@hotmail.com

julyvacal@outlook.es

Entiendo que la presente información pretende informarme respecto a mis derechos como participante en este estudio y sobre las condiciones en que se realizará, para que el hecho de decidir formar parte de éste se base en conocer de manera clara el proceso y que me permita tomar dicha decisión con libertad.

En este momento he sido informado del objetivo general de la investigación que es: explorar la representación social en la población adulta cuencana sobre el psicólogo clínico, de forma que no causarán daños físicos ni psicológicos. Además que tengo derecho a conocer todo lo relacionado con la investigación que implique mi participación, cuyo proceso ha sido avalado y aprobado por profesionales competentes de la institución a la que pertenecen.

Entiendo que mi identificación en este estudio será de carácter anónimo, con absoluta confidencialidad en práctica de la ética profesional y que los datos recabados en ninguna

Luis Fernando Berrezueta Reyes - Julexi Fernanda Vaca Romero



forma podrían ser relacionados con mi persona, en tal sentido estoy en conocimiento de que el presente documento se almacenará por la(s) persona(s) responsable(s) por el tiempo que se requiera.

He sido informado(a) de que mi participación en este estudio es completamente voluntaria y que consiste en responder un proceder metodológico (Cualitativo o cuantitativo), ya sea de forma individual o junto a un grupo de personas, acordado conjuntamente, con vistas a proteger mi identidad, expresiones y mi comodidad, de modo que puedo decidir, en cualquier momento si así fuera, no contestar las preguntas si me siento incómodo(a) desde cualquier punto de vista. Esta libertad de participar o de retirarme, no involucra ningún tipo de sanción, ni tener que dar explicación y, que una eventual no participación o retiro no tendrá repercusión en alguna área de mi vida u otro contexto.

Además, entiendo que no percibiré beneficio económico por mi participación, será una participación que aportará, potencialmente, a aumentar el conocimiento científico, a la academia.

Al firmar este documento, autorizo a que los investigadores autores de este estudio, así como auditores del mismo tendrán acceso a la información. Consiento además, que se realicen registros en otros tipos de soporte audiovisual, antes, durante y después de la intervención, para facilitar el avance del conocimiento científico, si fuera necesario. La información que se derive de este estudio podrá ser utilizada en publicaciones, presentaciones en eventos científicos y en futuras investigaciones, en todos los casos será resguardada la identidad de los participantes.

Firma del participante, fecha.

Firma del investigador y fecha.